

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1904

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Jeudi 21 Juillet 1904, à 1 heure.

PAR

Louis JULLIEN

Ex-interne lauréat des Hôpitaux d'Amiens
Né à Montdidier le 7 Avril 1880

Hématonéphrose Traumatique

(Hématome Intrarénal)

Président : M. LE DENTU, professeur

*Juges : { MM. DE LAPERSONNE, professeur
THIERY et MARION, agrégés.*

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

H. JOUVE

15, rue Racine, 15

—
1904

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen		M. DEBOVE.
Professeurs		MM.
Anatomie.....		P. POIRIER
Physiologie.....		CH. RICHET.
Physique médicale.....		GARIEL.
Chimie organique et Chimie minérale.....		GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.....		BLANCHARD
Pathologie et thérapeutique générales.....		BOUCHARD
Pathologie médicale.....	}	HUTINEL.
Pathologie chirurgicale.....		BRISSAUD.
Anatomie pathologique.....		LANNELONGUE
Histologie.....		CORNIL.
Opérations et appareils.....		MATHIASDUVAL
Pharmacologie et matière médicale.....		RECLUS.
Thérapeutique.....		POUCHET.
Hygiène.....		GILBERT.
Médecine légale.....		CHANTEMESSE
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....		BROUARDEL
Pathologie expérimentale et comparée.....		DEJERINE.
Clinique médicale.....	}	HAYEM.
		DIEULAFOY.
		DEBOVE.
		LANDOUZY.
Maladie des enfants.....		GRANCHER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.....		JOFFROY.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....		GAUCHER.
Clinique des maladies du système nerveux.....		RAYMOND
Clinique chirurgicale.....	}	TILLAUX.
		LE DENTU.
		TERRIER.
		BERGER.
Clinique ophtalmologique.....		DE LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires.....		GUYON.
Clinique d'accouchements.....	}	BUDIN.
Clinique gynécologique.....		PINARD.
Clinique chirurgicale infantile.....		POZZI.
		KIRMISSON

Agrévés en exercice.

MM.			
ACHARD	FAURE	LEGUEU	TEISSIER
AUVRAY	GILLES DE LA	LEPAGE	THIERY
BEZANÇON	TOURETTE	MARION	THIROLOIX
BONNAIRE	GOSSET	MAUCLAIRE	THOINOT
BROCA (AUG.).	GOUGET	MERY	VAQUEZ
BROCA (ANDRÉ)	GUIART	POTOCKI	WALLICH
CHASSEVANT	HARTMANN	REMY	WALTHER
CUNEO	JEANSELME	RENON	WIDAL
DEMELIN	LANGLOIS	RICHAUD	WURTZ
DESGREZ	LAUNOIS	RIEFFEL (chef	
DUPRE	LEGRY	des travaux anat.)	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES PARENTS

Hommage de filiale reconnaissance

A MES FRÈRES ET SŒURS

A MES AMIS

A MONSIEUR LE PROFESSEUR MONLONGUET

Directeur de l'École de Médecine d'Amiens.

« C'est vous qui nous avez donné la première idée de ce travail. Vous n'avez cessé de nous témoigner le plus grand intérêt durant les quelques mois que nous avons eu le plaisir de passer dans votre service d'hôpital. Nous tenons à vous en exprimer la plus profonde gratitude ».

A MONSIEUR LE PROFESSEUR FOURNIER

Professeur de clinique obstétricale et de gynécologie,
à l'École de Médecine d'Amiens.

En reconnaissance d'une bienveillance
qui ne s'est jamais démentie.

A MONSIEUR LE DOCTEUR HUBER

Médecin de l'Hôtel-Dieu d'Amiens qui
a guidé nos premiers pas dans la
médecine.

A MESSIEURS LES PROFESSEURS

FÉLIX PANCIER ET MOYNIER DE VILLEPOIX

Nos maîtres en chimie et en anatomie
pathologique, qui ont mis si gracieu-
sément leurs laboratoires à notre dis-
position.

A M. LE DOCTEUR JULES HAUTEFEUILLE

A TOUS NOS PROFESSEURS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR LE DENTU

Professeur de Clinique chirurgicale,
Membre de l'Académie de Médecine,
Officier de la Légion d'honneur.

« La nature de vos travaux, une vive admiration pour votre enseignement nous ont engagé à vous demander de bien vouloir présider notre thèse. Nous vous remercions bien sincèrement du grand honneur que vous nous avez fait en accédant à notre désir ».

Hématonéphrose Traumatique

(HÉMATOME INTRARÉNAL)

INTRODUCTION

Au début de ce travail, nous tenons à en préciser les limites. Les contusions du rein déterminent des lésions variables. La capsule reste intacte ou bien elle présente une solution de continuité à des degrés divers (simple effraction, déchirure plus étendue, broiement complet). Dans le premier cas, il peut y avoir hématonéphrose ; dans le second cas, c'est à un hématome périnéphrétique que nous aurons affaire.

L'hématonéphrose traumatique est caractérisée par un épanchement sanguin intrarénal, limité par une capsule intacte. Nous voulons donc exclure des cas dits hématonéphroses, ceux où une obstruction mécanique de l'uretère a causé une rétention d'urine avec dilatation du bassinet (uronéphroses traumatiques) et où le liquide urinaire peut être plus ou moins

teinté de sang. Nous voudrions désigner l'hématonéphrose sous le nom d'hématome intrarénal, si celui d'hématonéphrose impliquait quelque confusion.

Ainsi entendue, l'hématonéphrose est rare. Rayet (*Traité des maladies du rein*) la dit exceptionnelle. Le premier cas rapporté est celui de Danyau, le fils, avec relation de l'autopsie. Bloch (1873) parle d'un ou de deux autres cas. Poireault donne une autre observation (1882); il y manque le contrôle de l'autopsie. En 1901, Legueu présentait un nouveau cas à la Société de chirurgie, celui-là opéré avec succès. L'année précédente, Fournier d'Amiens était intervenu pour une hématonéphrose traumatique. Cette observation vient d'être l'objet d'un rapport de Legueu à la Société de chirurgie (1904). Du mémoire de M. Paul Delbet, nous avons tiré deux observations que nous voudrions intituler hématonéphroses. Enfin l'année dernière (1903), nous avons pu voir dans le service du professeur Monlonguet d'Amiens un nouveau cas de l'affection qui nous intéresse. Nous en donnons l'observation *in-extenso*.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Les lésions de l'hématonéphrose sont peu connues en raison de la rareté des cas rapportés et surtout en raison du peu d'examens anatomiques qui ont pu être faits. Legueu a fait faire l'examen microscopique du rein qu'il a enlevé par néphrectomie trans-péritonéale. Nous avons fait des coupes de la pièce que nous avons eue en main et qui avait été enlevée par M. le professeur Monlonguet. Ce sont les deux seules observations histologiques que nous puissions présenter.

D'une manière générale, l'hématonéphrose présente un volume variable, mais la dimension considérable est la règle dans les cas qui ont donné lieu à des constatations anatomiques. L'hématonéphrose remonte très haut dans le cas de Legueu, remonte si haut qu'elle est prise pour un kyste de la rate. Dans celui que nous rapportons, le kyste hématique contenait 4 litres de liquide. Dans les observations que nous avons sous les yeux on parle du volume d'une tête d'enfant, d'une tête d'adulte ; le kyste va des lombes à la ligne blanche, de la sixième côte à l'arcade de Fallope ; il remplit la moitié du ventre, il dépasse la ligne médiane.

La nature du liquide de l'hématonéphrose varie avec l'intensité du traumatisme et l'ancienneté des lésions. Au début le liquide est rouge, plus tard il prend une couleur plus sombre, se coagule et présente une partie liquide et une partie solide, le caillot qu'il faut saisir avec la main et qui ne se vide pas par le trocart (Monlonguet).

Quel est l'état final de ce liquide hémorragique abandonné à lui-même ?

Nous avons pu observer à la clinique particulière d'un de nos anciens maîtres, M. le docteur Fournier, un cas assez intéressant et que nous avons pris pour une vieille hématonéphrose et le doute subsiste encore en notre esprit. Voici le cas ; une jeune fille reçoit sur le ventre un traumatisme violent. Une tumeur apparaît au milieu de phénomènes morbides graves, mais ces phénomènes s'amendent et ce n'est que deux ans plus tard qu'elle s'adresse au chirurgien. M. Fournier la voit, fait une laparotomie et trouve une grosse tumeur liquide du rein : l'examen du liquide a été fait ; il contenait des sels, de la cholestérine en abondance.

La coïncidence du traumatisme et de la tumeur nous a frappé et nous nous sommes toujours demandé si ce n'était pas là le stade terminal de l'hématome intrarénal, soumis à l'expectation.

Plus intéressantes nous ont paru les modifications histologiques du rein. C'est d'elles que dépend l'issue de l'accident ; ce sont elles qui dirigeront le traitement.

La question se posera ainsi : le rein traumatisé est-il encore capable de sécréter et sera-t-il possible de le conserver après libération de l'hématome qui gêne son fonctionnement, comme l'a fait Fournier dans un cas relaté dans la thèse de Godard (1903) et rapporté par Legueu à la Société de Chirurgie (1904) ? ou bien les lésions sont-elles irremédiables et la néphrectomie devient-elle l'opération de choix et de nécessité ? (Monlonguet, Legueu).

Au début les modifications anatomiques ne sont pas assez étendues pour entraîner la perte de l'organe. Mais plus tard par le fait de la compression de l'hématome, par le fait de l'inflammation consécutive et de l'étouffement conjonctif qui en résultent, le rein présente des lésions qui mettent son existence en grand danger.

Legueu donne peu de détails sur l'examen histologique du rein qu'il a enlevé par néphrectomie transpéritonéale ; il note que le « rein était le siège d'une atrophie méconnaissable ».

Plusieurs coupes ont été faites et à des endroits différents de la pièce extirpée par M. le professeur Monlonguet. Voici les données que nous avons pu obtenir sous la bienveillante direction de notre ami, le docteur Hautefeuille, professeur suppléant à l'Ecole de médecine d'Amiens.

La paroi kystique présentait deux zones assez nettement différenciées. L'une, la plus externe était constituée par du tissu conjonctif à cellules étoilées, formant des aréoles qui logaient des cellules embryon-

naires et disposées par couches stratifiées. Plus à l'intérieur, on trouvait du tissu fibreux, très riche en vaisseaux sanguins, parmi lesquels quelques artères assez volumineuses, présentant des lésions de périartérite avec épaissement considérable de la paroi artérielle. Entre les diverses couches qui forment cette zone, il y avait de place en place une infiltration de globules rouges et de leucocytes. Comme éléments constitutifs du rein, il ne restait plus, et encore après une recherche minutieuse, que quelques glomérules altérés à des degrés divers et étouffés par du tissu conjonctif fibreux.

SYMPTOMES ET DIAGNOSTIC

Les signes de l'hématonéphrose se confondent avec ceux de la contusion rénale en général. Comme eux, nous pouvons les distinguer en symptômes généraux et en symptômes locaux, en suivant la division du professeur Albarran dans le *Traité de chirurgie clinique et opératoire*.

Les symptômes généraux sont ceux des contusions de l'abdomen. Les rapports du rein avec le péritoine rendent compte de la réaction péritonéale qui s'opère ; le shock traumatique agissant sur le sympathique abdominal explique les phénomènes graves et alarmants qui peuvent se produire, même au prix de lésions rénales minimales.

Tous ces symptômes généraux varient en général avec l'intensité du traumatisme et il devient difficile, dit Albarran, de dire ce qui revient au fait de la lésion rénale dans la pâleur du malade, les sucurs froides, la petitesse du pouls, les vomissements que parfois on observe. Ce sont là des symptômes plutôt capables d'égarer le diagnostic que de l'éclairer. Un état général relativement bon peut correspondre à des lésions graves et rapidement mortelles : un état général inquiétant pourra coïncider avec l'intégrité du

rein et des autres organes de l'abdomen. Le mieux sera donc de n'y point trop prêter attention pour établir son opinion et de plus s'occuper des symptômes locaux qui eux sont moins faillibles.

Les symptômes locaux sont fonctionnels et physiques.

Les signes fonctionnels consistent dans l'apparition de la douleur et dans des modifications dans la qualité et la quantité des urines.

La douleur est très variable : essentiellement subjective, elle ne sera considérée que comme un symptôme accessoire : encore faut-il lui conserver une grande valeur lorsqu'elle présentera certains caractères. Elle est brusque, coïncidant avec le choc traumatique ; elle est vive ; elle est exaspérée par la pression. Son siège est la région malade et du côté atteint, avec irradiations diverses, rein du côté opposé, dans les cuisses, dans les bourses. Sa cause résulte de la contusion des parois abdominales et des lésions nerveuses qui l'accompagnent, mais surtout de l'obstruction plus ou moins complète de l'uretère par des caillots ; on a alors affaire à une vraie colique néphrétique.

La première modification de l'urine est l'apparition du sang. L'hématurie est un symptôme important : il est très fréquent ; il est pathognomique, car il indique une lésion des voies urinaires. Les cas où il manque, ce sont ceux où le bassin est resté intact et ceux où l'uretère s'est trouvé rompu ou bien oblitéré.

La quantité de sang émise est du reste fort variable : elle pourra se borner à quelques pissements de sang rouge qui disparaîtront le lendemain ou le surlendemain de l'accident ; ou bien elle deviendra très grave, très abondante et mettra rapidement les jours du blessé en danger. A côté de cette hématurie primitive, il y a l'hématurie secondaire. L'uretère peut se trouver obstrué par un caillot et le sang s'accumule dans le bassin : vienne le caillot à se désagréger, l'uretère deviendra libre et le sang trouvera une voie pour s'échapper donnant lieu à l'hématurie secondaire.

L'urine peut aussi subir des variations dans sa quantité.

Cette quantité peut être augmentée : polyurie par excitation réflexe. Le plus souvent, elle est diminuée (oligurie). Quelquefois aussi, l'urine peut manquer totalement (anurie). C'est là un accident de la plus haute gravité. Elle est due soit à l'oblitération des deux uretères, soit encore à une action inhibitrice réflexe produite par le traumatisme. Heureusement ce phénomène est rare ; il témoigne souvent d'une lésion préexistante des organes de la sécrétion urinaire.

A côté des signes physiques, qui sont le propre des contusions lombaires, ecchymose sous-cutanée, œdème inflammatoire, il en est peu qui soient spéciales aux contusions du rein. Le grand symptôme physique auquel on reconnaîtra que le rein a été lésé est la formation d'une tumeur dans la région lom-

baire. Selon son importance, elle sera seulement lombaire ou abdomino-lombaire c'est-à-dire que par son volume elle pourra empiéter sur les régions voisines, c'est-à-dire plutôt du côté de l'abdomen, refoulant le péritoine et la toile cellulo-graisseuse qui le double. La tumeur rénale peut être visible à l'œil nu, si elle est assez importante pour repousser les parois abdominales, mais d'ordinaire, c'est par la palpation bimanuelle qu'elle sera reconnue. Cette tumeur rénale se trouve arrêtée du côté interne par la saillie de la colonne vertébrale : c'est dans le sens de l'uretère, c'est-à-dire de haut en bas qu'elle se développera.

Tels sont les symptômes de la contusion du rein en général. Y a-t-il des symptômes propres à l'hématome intra-rénal et est-il possible de diagnostiquer cette affection ?

Certes, le diagnostic d'hématonéphrose traumatique est plein de difficultés et semé d'obscurités, mais il est un certain nombre de signes qui ne le donneront peut-être point sûrement, mais le feront naître à l'esprit et tout au moins avancer.

Traitant de l'hématonéphrose traumatique, Albaran dit qu'elle se développe vite et se trouve forcément petite.

Dans son *Traité de chirurgie de guerre*, Delorme écrit au contraire : « L'hématonéphrose traumatique met plusieurs semaines à atteindre son maximum de développement ; dans l'hématome périnéphrétique, son apparition est rapide ».

Nous nous rangeons entièrement à cette dernière opinion. La tumeur de l'hématonéphrose est volumineuse et elle s'accroît très lentement. Nous voyons des tumeurs de quatre litres, des tumeurs qui remplissent la moitié du ventre. Nous les voyons mettre trois semaines, deux mois (Monlonguet), pour acquérir ces dimensions.

De même la tumeur constituée par l'hématome périnéphrétique, n'ayant point de membrane d'enveloppe est irrégulière, elle envoie des prolongements en diverses directions, là où le sang peut s'insinuer et s'infiltrer. L'hématonéphrose traumatique au contraire limitée par une capsule intacte n'est point soumise aux exigences des dispositions aponévrotiques ; elle conserve sa forme primitive, c'est-à-dire qu'elle reste plus ou moins cylindrique. De là aussi adhérence pour l'hématome extrarénale, de là mobilité et des contours distincts pour l'hématonéphrose.

« 1^o *Accroissement progressif de la tumeur ;*

« 2^o *Mobilité et fluctuation de la collection ;*

« 3^o *Limitation nette de la masse* nous semblent plaider en faveur de l'hématonéphrose :

« 1^o *Apparition brusque de l'épanchement ;*

« 2^o *Adhérence et irrégularité de la poche ;*

« 3^o *Sa diffusion.*

« Nous feront soupçonner que la capsule du rein a été déchirée et que nous nous trouvons en présence d'un *hématome périnéphrétique.* »

TRAITEMENT

Nous abordons la question de la thérapeutique applicable à l'hématonéphrose et à ce propos nous passerons en revue les différents modes de traitement employés déjà et susceptibles d'être employés en cette grave affection.

Ces différents modes de traitement sont la ponction simple ou suivie d'injections modificatrices (teinture d'iode), la néphrotomie et la néphrectomie.

Nous ne nous attarderons point à dire ce qu'il y aurait de dangereux dans une expectation systématique et dans le traitement médical qui ne sauraient conduire qu'aux pires catastrophes.

La ponction n'a de séduisant que sa simplicité et la facilité qu'elle trouvera à se faire accepter du malade et de la famille. Elle ne sera point douloureuse ; elle ne nécessitera point l'emploi de l'anesthésie générale ; elle ne demandera point non plus l'emploi d'un aide : le praticien le plus timide pourra l'effectuer seul, sans le concours d'un confrère. Elle sera faite avec les appareils aspirateurs en usage (Dieulafoy, Potain) ou avec le trocart.

Mais cette fonction ne nous présente point des caractères suffisants d'efficacité : c'est que l'on ne

pourra vider par l'aiguille toute la collection sanguine : ce qui pourra être retiré, c'est la partie liquide et il restera le caillot, tout prêt à s'infecter. La ponction n'est point une opération complète et il faut s'adresser à une autre intervention qui donnera de meilleurs résultats. Cette intervention sera la néphrotomie ou la néphrectomie.

La néphrotomie et la néphrectomie ne s'excluent point l'une l'autre ; chacune a ses indications particulières dans les traumatismes du rein et l'une pourra compléter l'autre.

Dans une autre partie de ce travail, en faisant l'exposé de l'anatomie pathologique de l'hématonéphrose nous avons parlé incidemment de l'intérêt que présente pour la conduite à tenir, la connaissance des modifications histologiques du rein traumatisé. Au début de la maladie, quand les lésions du parenchyme ne sont point irremédiables, quand le rein n'est atteint que d'insuffisance fonctionnelle par suite de la présence de la collection sanguine, il sera de bonne thérapeutique de tenter la conservation de l'organe par une néphrotomie précoce qui donnera issue au liquide sanguin. Au contraire, plus tard quand le parenchyme rénal sera réduit à l'état d'une coque fibreuse où les éléments nobles auront totalement disparu, quand la restauration des fonctions urinaires ne sera plus à espérer, il n'y aura plus à hésiter à sacrifier un organe devenu inutile, véritable corps étranger, seulement capable de retarder la

guérison : la néphrectomie deviendra l'intervention de choix.

Mais quelles sont les indications à suivre pour se déterminer à telle ou telle opération ? Dans un traumatisme récent, il sera toujours indiqué de faire la néphrotomie, seule capable de débarrasser le rein, et d'une manière certaine, du liquide qui étouffe des éléments et l'empêche de sécréter, de ce liquide qui en persistant déterminerait des lésions de néphrite d'abord et la disparition totale du parenchyme, comme nous l'avons observé sur le rein enlevé par le professeur Monlonguet. Que serait-il advenu si la malade qui était porteuse de ce rein avait été vue dès le début de son affection, et si une opération avait été faite dès ce moment ? Il est permis d'avancer qu'elle aurait pu conserver son rein droit, au prix de l'incision du tissu rénal. Au jour où elle est opérée, cette grande coque fibreuse qui remplaçait le rein ne pouvait plus être impunément conservée, cette grande poche ne pouvait plus être rendue à sa fonction normale, puisqu'il n'y avait plus de tissu rénal.

Et au pis-aller, la néphrectomie pourra suivre une néphrotomie. En face d'un cas douteux, quand le chirurgien se demandera si le rein qu'il a sous la main est encore capable de fonctionner ou non, il devra se prononcer pour l'affirmative et si la guérison ne survient pas, il fera une néphrectomie secondaire. C'est ce qu'avait bien pensé Fournier en exé-

cutant sa néphrotomie pour hématonéphrose, la seule qui ait été faite pour ce genre de lésion.

Dans sa pensée, c'était bien une tentative opératoire pour conserver à son malade un rein qui lui semblait bon et il était tout prêt à l'exérèse totale à la moindre complication. Les accidents qui survinrent ensuite, ne tinrent point à l'état du rein, mais à l'état infectieux de la vessie, état infectieux qui céda rapidement à une cystostomie et au large drainage qu'apporte avec elle cette opération.

Néphrotomie et néphrectomie sont donc les deux grandes opérations qui nous paraissent le mieux combattre les accidents de l'hématonéphrose. Elles ont chacune leurs indications particulières. La néphrectomie est une opération radicale : quant à la néphrotomie, elle est fille de cette chirurgie conservatrice dont les effets se font sentir de plus en plus dans tous les pays du monde et dont les résultats ne sont plus à discuter.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

(Danyau le fils, rapportée par Rayer.

in Traité des maladies du rein).

Un homme de quinze ans est porté à l'Hôtel-Dieu de Paris, en octobre 1895. Après s'être heurté la partie antérieure de la région rénale gauche contre un comptoir, il urina du sang en grande quantité. Six semaines après, on découvrit une tumeur qui soulevait l'épigastre et le flanc gauche et qui semblait allongée dans le sens de l'uretère. La mort survint quelques jours après.

La tumeur était formée par le rein, le bassin et le commencement de l'uretère, qui étaient remplis et distendus par un gros caillot noir en instance de désagrégation.

La substance propre du rein avait disparu : la tunique fibreuse constituait les parois du sac avec les éléments condensés du tissu périnéphrétique. Une branche de l'artère rénale gauche fut trouvée oblitérée par un caillot au point où elle avait été rompue.

La mort était due à une pleurésie et à une hémorrhagie.

OBSERVATION II

Joël, *Bulletin de la Société médicale de la Suisse Romande*, 1870, p. 262. Publiée in Delbet, *Revue de chirurgie*, 1903.

Homme de 30 ans. Chute d'un échafaudage. Il est frappé au ventre par une pierre qu'il portait. Hématurie pendant quelques jours. Convalescence longue. Il se développe progressivement dans la région du rein une tumeur qui finit par occuper presque tout le ventre. Ponction en arrière. Quantité considérable de liquide. Deuxième ponction: injection iodée. Guérison rapide après injection iodée.

OBSERVATION III

Knox (Lancet, 1899, t. II, p. 1384). Publiée in Paul Delbet, *Revue de chirurgie*, 1903.

Homme de 42 ans. Le 29 août 1890, il est serré au niveau de l'abdomen entre un wagon et la chaîne par laquelle le cheval tire le wagon. Le malade rentre chez lui à pied, mais là éprouvant des douleurs est obligé de rester trois jours couché. Hématurie légère. Trois semaines après, le ventre commence à grossir; massage; trois semaines après, la tumeur diminue

mais reparait et grossit rapidement. Le malade entre à l'hôpital ; ponction blanche ; le malade rentre chez lui. L'auteur l'examine et trouve une tumeur fluctuante allant de la ligne blanche à région lombaire et de la sixième côte à l'arcade de Fallope.

La tumeur remplit la moitié gauche du ventre : le bord interne de la tumeur est bien net. Le ventre au niveau de la tumeur mesure 46 pouces de circonférence. Anorexie, douleurs, nausées. Le 21 novembre, incision de trois doigts à quatre travers de doigt à gauche de l'ombilic. On tombe sur le péritoine : on l'incise, on écarte les anses intestinales et on ponctionne la tumeur. On retire six quarts de liquide rouge sombre : on incise la tumeur, masurpialisation. Urine normale avant et après l'opération, mais anurie pendant quatre jours. Guérison.

Remarque de M. Paul Delbet. Ce cas est le cas 22 de Monod, qui le donne comme paranéphrose. Wagner en fait une hydronéphrose probable.

Le diagnostic d'hydronéphrose est des plus probables : la tumeur en a tous les caractères : étendue, limite nette ; au cours de l'opération, on constate que le péritoine était refoulé en dedans et que le côlon suivait le bord interne de la tumeur.

OBSERVATION IV

Dr C. Fournier (d'Amiens).

Publiée en thèse. Godard, Paris 1903. Rapportée par M. Legueu
à la Société de chirurgie, 1904.

*Hématonéphrose. Traumatique. Néphrotomie. Cystotomie sus-
pubienne pour cystite due à la rétention des caillots vésicaux.
Guérison.*

M... X..., d'Acheux, reçoit le 2 octobre 1900, un coup de pied de cheval dans la région de l'hypochondre et du flanc droit ; l'avant-bras droit étant placé en avant de cette région, reçoit le sabot du cheval, projeté d'avant en arrière. Une périostite se déclare dans la suite dans la continuité du radius et guérit seule.

Le traumatisme abdominal a été indirect. Syncope d'une demi heure, vomissements, péritonisme : le malade se remet vite.

Son pouls est bon et le Dr Pombourecq qui le voit en ce moment lui ordonne le régime lacté et la glace en applications locales. Il y a anurie pendant 24 heures environ, puis M. X... a des hématuries assez abondantes qui durent quatre à cinq jours et s'accompagnent de dysurie : la douleur qui siège dans l'hypochondre droit diminue progressivement.

Je suis appelé seize jours plus tard, le 18 octobre. Le malade

avait été assez bien, mais depuis quelques jours il est apparu des symptômes fâcheux ; des hématuries secondaires datant de deux jours et ayant nécessité le cathétérisme parce que les caillots traversent difficilement l'urèthre ; une douleur très nette occupant la région lombaire droite et s'avancant en avant sous le foie ; au même niveau une tuméfaction du volume d'une tête d'enfant qui paraît être le rein ; un léger degré de péritonisme et un pouls à 100 pulsations.

Le lendemain matin, 19 octobre, j'opère le malade à ma clinique avec l'aide de MM. Pombourcq, Debary et Legrand.

Après l'incision lombaire classique je trouve la capsule du rein adhérente aux tissus voisins : je décolle ces adhérences et constate que le rein a une teinte violacée comme s'il y avait du sang à l'intérieur de sa substance.

Je pratique la néphrotomie. Le rein forme une coque assez épaisse au niveau de ses extrémités, mais n'ayant qu'un centimètre d'épaisseur en son milieu : cette coque entoure $\frac{3}{4}$ de litre de sang noir, vrai raisiné que j'enlève avec le doigt. Saignement assez abondant et rouge vif venant du bassinnet dans lequel je fais pénétrer facilement une sonde. Tamponnement à la gaze stérilisée, la suture ne paraissant pas indiquée pour accoler les deux valves trop minces de cette vaste poche.

Dès le second jour, le tampon a mauvaise odeur et il est imprégné d'une assez grande quantité d'urine ; il est renouvelé et désormais les pansements consistent en irrigations à l'eau bouillie et tamponnements légers faits deux fois par jour.

Le 27 octobre, la température atteint 39° et une cystite apparaît ; urines purulentes, douleurs vives et mictions toutes les 5 minutes. L'état général est médiocre, le pouls est à 120 et je suis disposé à faire la néphrectomie.

Mais considérant que la plaie lombaire est en voie de réparation et tenant compte de cette cystite qui menace l'intégrité de l'autre rein, je pense que l'état relativement bon du rein malade ne commande pas son ablation, et que le plus pressant est d'assurer l'écoulement facile des urines, la sonde à demeure et les lavages n'étant pas supportés, je pratique une cystotomie le 29 octobre, puis un drainage de la vessie est assuré au moyen d'une sonde de Pezzer ; des lavages sont faits deux fois par jour. L'amélioration devient alors rapide. La fistule hypogastrique créée, joue le rôle d'une soupape de sûreté ; la température redevient normale et la plaie lombaire, laissant écouler de moins en moins d'urine, parce que la tension vésicale est nulle, continue à se refermer. Bref, le 15 décembre le malade est guéri de son rein, mais conserve encore sa fistule hypogastrique.

Le 8 juin 1901, je lui fais la cure de cette fistule et il rentre chez lui de nouveau au bout de quinze jours. Je l'ai revu en 1902 et en 1903 ; il se livre aux travaux de la culture et son état de santé est absolument normal.

OBSERVATION V

(Professeur Legueu. Société de chirurgie, 26 novembre 1901).

Néphrectomie transpéritonéale pour grosse hématonéphrose gauche.

« Je présente un malade chez lequel j'ai enlevé, il y a six mois, une grosse hématonéphrose du rein gauche par néphrectomie transpéritonéale.

La tumeur énorme remplissait tout le flanc gauche et remontait jusqu'à la partie supérieure de l'abdomen. Elle avait été ponctionnée dans le septième espace intercostal, par M. Lyon, qui avait retiré un liquide sanguinolent.

La couleur de ce liquide nous trompa : en effet, en absence de troubles urinaires, nous crûmes à un kyste de la rate.

Au cours de l'opération, je reconnus de suite que la rate n'était pas en cause. Je trouvai un grand kyste uniloculaire rétropéritonéal que j'eus assez de peine à énucléer en totalité parce qu'il remontait très haut.

Je dus ajouter à l'incision médiane et verticale une incision transversale, j'enlevai ainsi toute la poche qui contenait plusieurs litres de liquide.

Je ne vis aucun vaisseau aborder cette tumeur, je ne vis rien qui ressemblait à l'uretère et j'avais cru enlever un kyste rétropéritonéal.

L'examen histologique a démontré que la poche était bien formée par le rein lui-même énormément distendu. Il était le siège d'une atrophie méconnaissable ».

OBSERVATION VI (Personnelle).

Recueillie dans le service du professeur Monlonguet (d'Amiens).

Hématonéphrose traumatique du rein droit. Néphrectomie transpéritonéale. Drainage lombaire. Guérison.

D... Marie Clotide, 40 ans, bonnetière, née à Corbie (Somme).

Antécédents. — Variole à 7 ans. Crise de lithiase biliaire à 34 ans, sans récive.

Réglée à 14 ans, régulièrement.

Pas de grossesse.

Le 29 mars 1903, pendant notre internat à l'Hôtel-Dieu d'Amiens, à notre contre-visite, notre attention fut attirée sur une malade arrivée le jour même. Elle y avait été envoyée par un médecin des environs le D^r Curé de Corbie, sans diagnostic fixe : son transfert à l'hôpital départemental avait pour but une intervention chirurgicale urgente.

A notre interrogatoire, la malade nous rapporte que quelques semaines auparavant elle fit en courant une chute sur le ventre. Point de chute violente : la malade avait buté contre un obstacle et elle était tombée par terre de sa hauteur, l'abdomen s'était mis directement en contact avec le sol. A ce moment M. D... avait ressenti une douleur atroce dans le ventre avec localisation plus précise du côté droit, mais il n'y eut point de perte de connaissance complète. La malade retourna chez elle à pied et s'alita. Un médecin appelé prescrivit le repos. Quelques jours après, la fièvre s'alluma, persistante, avec légères rémissions le matin. Le ventre grossit un peu, les douleurs continuèrent pendant quelques jours, puis s'amendèrent peu à peu sous l'influence du repos.

De l'anorexie, de la céphalée pendant quelque temps, mais état général relativement satisfaisant. Du côté des viscères abdominaux, il n'y eut point de troubles importants, miction normale, voire un peu d'oligurie ; pas d'hématurie.

Une première fois, la malade se rétablit, conservant seulement un peu de gêne dans le flanc droit. Elle se lève d'abord pour faire son ménage, puis pour se rendre à l'atelier. C'est là qu'à la suite d'un léger effort, la malade précise, en soulevant une caisse d'une dizaine de kilogrammes, elle ressent une nou-

velle douleur violente du côté droit, douleur brusque, déchirante. Elle est de nouveau forcée de se mettre au lit : la fièvre reparaît ; les douleurs sont plus tenaces ; la tumeur abdominale grossit, grossit tellement qu'elle prend des proportions énormes, envahit le flanc droit, l'épigastre, gagne la ligne médiane, la dépasse et occupe le flanc gauche. Cet état nécessite son admission à l'hôpital cantonal, puis à l'hôpital départemental où elle arrive le 29 mars 1903 dans le service du professeur Monlonguet.

C'est là que nous la voyons pour la première fois. Elle est profondément prostrée, le facies grippé, les yeux excavés, le nez effilé : la respiration est haletante, gênée, fréquente, difficile ; le pouls donne 120 pulsations à la minute : la température axillaire accuse 39°4.

Le ventre est douloureux à la palpation : au repos la malade ne souffre pas trop. Les parois abdominales sont fortement soulevées par une tumeur proéminente, occupant une partie de l'hypochondre droit, tout le flanc du même côté, gagne aussi l'épigastre, avance du côté gauche, dépasse la ligne médiane qu'elle coupe obliquement de droite à gauche et de bas en haut. La tumeur est nettement fluctuante et la main qui palpe perçoit le flot du liquide. Elle est complètement mate à la percussion dans toute sa hauteur, sans interposition de bande sonore : cette matité se continue en haut avec celle du foie. Les parois sont libres, non oedématiées, glissent facilement sur les viscères : pas de défense musculaire, pas de trace de circulation complémentaire.

Le diagnostic exact ne fut point porté ; la laparotomie s'imposait : elle fut faite d'urgence le dimanche 29 mars 1903, par

M. le professeur Monlonguet, chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu d'Amiens.

Après désinfection des téguments et anesthésie chloroformique confiée à notre collègue et ami, Georges Lavillette, les parois abdominales furent incisées en dehors des muscles grands droits du côté droit.

Le péritoine ouvert, le mésocôlon ascendant apparaît distendu, rouge, turgide, laissant supposer une collection kystique intramésentérique. Il est incisé et alors on découvre une grosse tumeur entre les lèvres de l'incision.

Il est impossible de l'extraire d'un bloc ; un trocart à kyste de l'ovaire est enfoncé et laisse couler une grande quantité de liquide, qui recueillie s'élevait à quatre litres. Le liquide évacué, la poche est fendue sur sa plus grande partie : elle contient beaucoup de caillots en voie de désagrégation, qui sont extraits avec la main. Cette grosse tumeur liquide était constituée par le rein droit énormément dilaté, qui avait peu à peu décollé les deux feuillets du mésocôlon ascendant pour venir apparaître en avant et se mettre en contact avec les parois abdominales par l'intermédiaire du péritoine. En arrière, la poche est fixée par des cordons fibreux, où il est impossible de distinguer les éléments constitutifs du hile du rein ; des catguts sont jetés sur chacun d'eux et la poche est extirpée en totalité.

Les lèvres du mésocôlon sont suturées, après que le chirurgien eut fait une contre ouverture à la région lombaire pour assurer le drainage de la vaste cavité occupée par l'hématonéphrose.

Suture des parois abdominales sur trois plans. Pansement.

Suites opératoires des plus simples. La température baisse le soir de l'opération ; le troisième jour elle était descendue à 37°.

La guérison fut retardée par une brûlure accidentelle de la fesse, produite par une bouillotte, au moment où la malade avait été rapportée dans son lit de la salle d'opération.

L'exeat est signé au commencement de mai : la malade revue depuis ne se ressent plus de sa grave affection.

CONCLUSIONS

1° L'hématonéphrose traumatique est une affection rare ; exceptionnelle (Rayer).

2° L'hématonéphrose traumatique est caractérisée par un épanchement de sang à l'intérieur de la capsule du rein intacte ; elle est ordinairement volumineuse.

Les lésions histologiques consistent dans la transformation du tissu rénal en tissu embryonnaire, d'abord et en tissu fibreux ensuite et dans l'atrophie de la substance glandulaire.

3° Les symptômes de l'hématonéphrose se confondent en grande partie avec ceux de la contusion rénale et de l'hématome périnéphrétique.

L'hématonéphrose est caractérisée par :

- 1° L'accroissement progressif de la tumeur ;
- 2° La mobilité et la fluctuation de la collection ;
- 3° La limitation nette et les contours distincts de la masse.

L'hématome périnéphrétique est caractérisé :

- 1° Par l'apparition brusque de l'épanchement ;
- 2° Par l'adhérence et l'irrégularité de la poche ;
- 3° Sa diffusion ;

4° La thérapeutique de l'hématonéphrose comprend :

La ponction ;

La néphrotomie ;

La néphrectomie.

La ponction est une opération simple, mais se trouve incapable de donner à elle seule une guérison rapide : elle ne sera souvent que le premier temps d'une opération secondaire.

La néphrotomie est l'opération de choix dans un traumatisme récent, quand la substance rénale n'est pas encore transformée en tissu conjonctif. Elle consistera à ouvrir à la collection sanguine un accès vers l'extérieur et à débarrasser le rein d'une tumeur liquide qui gêne son fonctionnement.

La néphrectomie est l'opération radicale : elle fait disparaître un organe devenu incapable de sécréter, véritable corps étranger, cause de douleur, de gêne, qui retarde la guérison, quand il ne met pas la vie en danger.

Vu : le Doyen,

DEBOVE

Vu : le Président de la thèse,

LE DENTU

Vu et permis d'imprimer :

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,

LIARD

BIBLIOGRAPHIE

Bidault. — De la contusion du rein et de son traitement. Thèse Paris, 1894.

Bloch. — De la contusion rénale. Thèse Paris, 1873.

Delbet (Paul). — Kystes paranéphriques et uronéphroses traumatiques (Revue de chirurgie. Août à novembre 1903).

Delorme. — Traité de chirurgie de guerre. Tome II, page 811.

Duplay (S) et *Reclus.* — Traité de chirurgie. Art. Tuffier. Tome VII, page 477 et suivantes.

Fournier (C.) d'Amiens. — Hématonéphrose traumatique, néphrotomie, cystotomie sus-pubienne pour cystite due à la rétention des caillots vésicaux. Guérison. Rapport de Legueu (Bulletins et mémoires de la Société de chirurgie, juin 1904).

Gorgam. — Contusion du rein. Thèse Paris, 1881.

Godart (Louis). — Indications de la cystotomie sus-pubienne. Thèse Paris, 1903.

Le Dentu (Professeur). — Affections chirurgicales des reins, des uretères et des capsules surrénales, page 72 et suivantes.

Le Dentu et Delbet (Pierre). — Traité de chirurgie clinique et opératoire.

Article Albarran. Tome VIII, page 624 et suivantes.

Legueu. — Néphrectomie transpéritonéale pour grosse hématonéphrose gauche (Bulletins et mémoires de la Société de chirurgie, décembre 1901).

Lejars (F). — Traité de chirurgie d'urgence, pages 374 et suivantes.

Poireault. — Contusion du rein. Thèse Paris, 1882.

Rayer. — Traité des maladies du rein. Paris, 1839.

Reclus, Kirmisson Peyrot et Bouilly. — Manuel de pathologie externe. Tome IV, pages 1 et suivantes.